

## **Artículos Breves. Mes de Agosto 2010**

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

### **Índice:**

- 1. "No se pueden ocultar los errores en una UCI pediátrica"**
- 2. "Se tarda demasiado en diagnosticar esquizofrenia"**
- 3. En el diagnóstico oncológico, la información debe ser completa**
- 4. Mi objeción de conciencia**
- 5. El aborto es la primera causa por la que objetan los facultativos de Madrid**
- 6. La epidemia de VIH, una emergencia congelada por la crisis económica**
- 7. La ONU incluye el acceso al agua como un derecho humano**
- 8. La seguridad de la información sanitaria**
- 9. La OMC dice que la objeción sólo puede ejercerse por quien esté directamente implicado en su realización**
- 10. "Los criterios éticos de la OMC para los cargos colegiales deberían ir más allá"**

## **1.- "No se pueden ocultar los errores en una UCI pediátrica"**

Los errores médicos suponen un problema en cualquier caso, pero de especial gravedad cuando se producen en un entorno tan delicado como la UCI y con unos pacientes tan frágiles como los neonatos. Por eso es necesario notificar los errores para poder buscar soluciones.

Diario Médico. Santiago Rego. Santander - Lunes, 5 de Julio de 2010.

Faltan estudios solventes sobre el problema que representa la seguridad de los pacientes en una unidad pediátrica de cuidados intensivos, además de acciones de concienciación de los profesionales para que asuman que "los fallos existen, y que hay que verlos como un problema y no ocultarlos, a fin de encontrar las mejores soluciones", según ha explicado José Luis Teja, médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del Hospital Marqués de Valdecilla, durante el seminario Implantación de procesos de seguridad clínica: su dimensión jurídica y asistencial al inicio y al final de la vida.

Teja, que es, asimismo, coordinador regional del Proyecto Bacteriemia Cero e instructor de simulación clínica en el Hospital Virtual Valdecilla, ha indicado que, pese a la buena intención de los profesionales, "hay ocasiones en las que cometemos errores que pueden ser evitados, y que están relacionados con nuestra intervención clínica, por lo que hay que articular sesiones formativas entre el personal para que se reconozca el error, y buscar las causas con objeto de que no se repitan".

¿Ha habido muchos cambios en las unidades de intensivos pediátricas a la búsqueda de una mayor seguridad? Teja está convencido de que la cultura de la seguridad va calando entre los profesionales, pero sólo quiere referirse a su centro de trabajo, Valdecilla. "En el último año y medio hemos dado un gran paso hacia adelante gracias a la formación que ha puesto en marcha el Servicio Cántabro de Salud (SCS); los mayores peligros están con los más pequeños del área neonatal, con problemas de medicación o de infecciones, pero falta un gran estudio sobre la cadena de seguridad en el paciente pediátrico".

### **Problemas y soluciones**

Así las cosas, la UCI pediátrica del Marqués de Valdecilla ha puesto en marcha un grupo de trabajo multidisciplinar -médicos, enfermería y auxiliares-, que se reúne periódicamente para analizar los problemas que surgen y encontrar soluciones que posteriormente serán evaluadas. "No vamos a cambiar el mundo, pero queremos intentarlo, porque está en juego la seguridad de unos pacientes absolutamente indefensos. El servicio de Medicina Intensiva ha creado un registro anónimo de notificación de errores, tanto en adultos como en niños, para detectar los problemas y solucionarlos desde la mayor transparencia posible".

El intensivista admite que habrá fallos "imposibles de corregir, pero existen riesgos que pueden ser minizados. Lo peor es cuando el personal sanitario tiende a esconder alguna acción incorrecta, sobre todo si tiene consecuencias

graves, porque entonces no corregiremos con soluciones eficaces los fallos en la asistencia".

Según Teja, si algo esencial ha caracterizado el desarrollo de la medicina moderna en las últimas décadas ha sido el avance en las técnicas diagnósticas y terapéuticas. "El desarrollo de la ecografía y de dispositivos para la permeabilización de la vía aérea; los sistemas de monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva; la evolución de la neuromonitorización, y otras muchas técnicas, no pueden hacernos olvidar la obligación de actuar con la mayor seguridad clínica en el paciente pequeño".

## **2.- "Se tarda demasiado en diagnosticar esquizofrenia"**

DM, Lunes, 5 de Julio de 2010.

Según Celso Arango, jefe de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en Madrid, la mayor pérdida de sustancia gris frontal en los esquizofrénicos se produce durante los dos primeros años desde que comienza la patología. Con motivo de un encuentro digital en Diariomedico.com, el especialista ha explicado que en la actualidad aún se están estudiando los mecanismos que producen este proceso y las posibles estrategias terapéuticas para evitar esa neurodegeneración. Además, resulta de gran importancia que se diagnostique la enfermedad cuanto antes. "Uno de los grandes retos de la psiquiatría es la prevención secundaria (e incluso primaria). Se tarda demasiado tiempo en llegar al diagnóstico de esquizofrenia". En su opinión, la falta de conciencia de la patología, que se da en un 97 por ciento de los casos, según el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia realizado en los años setenta, la calidad de los servicios asistenciales, los efectos secundarios de los fármacos y la falta de apoyo psicosocial, son algunos de los factores que influyen en que los pacientes tarden mucho tiempo en acudir al especialista y en que el cumplimiento terapéutico sea bajo. "En muchos países existen clínicas de pródromos para la detección temprana de casos que han demostrado no sólo una gran eficacia, sino también eficiencia, disminuyendo los costes derivados de estas patologías. Lamentablemente, estas clínicas o unidades asistenciales no existen en nuestro país", ha añadido. Sin grandes avances Según Arango, en el ámbito farmacológico no ha habido grandes avances para el tratamiento de la esquizofrenia desde que se introdujo la clozapina. "Los nuevos fármacos no han demostrado mayor eficacia, aunque en algunos casos sí menos efectos secundarios". Donde sí se han observado mejoras ha sido en la creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil. El facultativo ha reconocido que "las cosas no han ido tan rápido como a muchos nos hubiese gustado", pero indicó que en un periodo de tiempo breve, se pondrá en marcha la especialidad. "Tenemos que asegurarnos de que hasta entonces se hacen las cosas bien y no se dilata en exceso el proceso".

### **3.- En el diagnóstico oncológico, la información debe ser completa**

Mejorar el flujo de comunicación, su contenido y su calidad en el diagnóstico del cáncer y durante el pronóstico de la enfermedad, es una de las preocupaciones que se han puesto sobre la mesa en uno de los cursos de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo

DM, Santiago Rego. Santander - Miércoles, 14 de Julio de 2010.

Los profesionales están obligados a informar a los pacientes de las opciones ante su situación clínica, pero no todos saben manejar las necesarias estrategias de comunicación. Y el derecho de los enfermos a la información está vinculado a la mejor tradición del humanismo en la medicina y al reconocimiento de una visión integral de la persona. "Se ha pasado de un usuario pasivo a otro activo, al haberse modificado la relación médico-paciente, y del carácter paternalista hemos avanzado a un reconocimiento expreso de la autonomía del enfermo". Así se ha expresado José Manuel López Vega, oncólogo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, que ha dirigido en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo el curso El impacto de género en la salud: información y estrategias de comunicación para médicos, pacientes y sociedad civil. "No hay nada peor durante el proceso de información al usuario que el ocultamiento y el engaño".

El curso ha dejado claro que los sanitarios conocen "la angustia que suscita el anuncio de padecer un tumor de mama, el más prevalente entre las mujeres, cualquier otra enfermedad o incluso el anuncio de su posibilidad. El paciente debe disponer de una información de calidad, comprensible y completa para decidir sobre las alternativas terapéuticas", ha precisado López Vega. Esa información, con independencia de que sea un cáncer o no, ha de ser "completa, lo cual no significa que tenga que ser exhaustiva. Los pacientes no vienen buscando conocimiento o un tratado de Medicina como si la consulta fuera un aula universitaria, sino ayuda y una especie de guía técnica sobre cómo actuar ante una enfermedad".

El enfermo ha de recibir una información "veraz y aquilatada, sin que sea "enciclopédicamente veraz o absurdamente funesta. Ha de ser una información guiada por la esperanza, y que sirva para que el resultado terapéutico final sea positivo. A una persona mal informada o confusa no le pidas, por ejemplo, que participe en un ensayo clínico, tan necesario para hacer frente a los avances farmacológicos".

María Antonia Gimón, presidente de Fecma (Federación Española de Cáncer de Mama), ha destacado que los pacientes "sentimos la necesidad de tratamientos respetuosos e individualizados, y el derecho que nos asiste a conocer, a preguntar y a disponer de los diagnósticos e informes médicos".

#### **Comunicación fluida**

Gimón ha observado que no todos los médicos son buenos comunicadores. "No se puede pedir al médico que informe y comunique bien, si no se le ha preparado para ello. Por eso pedimos que en todos los servicios regionales de

salud se fomenten los programa formativos de comunicación, lo que mejorará el éxito terapéutico de la enfermedad".

López Vega admite el déficit que existe sobre comunicación con los pacientes en la formación de grado, aunque considera que los médicos jóvenes cada vez afrontan mejor la entrevista clínica. "Los pacientes cada vez entienden mejor las explicaciones, y el número de reclamaciones de los usuarios por falta de comprensión de los facultativos es pequeño. Con todo, es necesaria una estrategia comunicativa más protocolizada".

Según López, se trata de derechos reconocidos a los pacientes y no concesiones graciabes. "Con una buena información para entender o comprender un cuadro clínico, se facilita la autonomía del enfermo cuando hay que tomar decisiones sobre el futuro. El paciente es el titular del derecho a la información, y toda persona tiene el derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud", ha añadido.

#### **4.- Mi objeción de conciencia**

El Mundo, 15 JUL 2010.

Yo quise ser médico a los seis años y mantengo esa idea romántica de que mi trabajo diario va encaminado a quitar el dolor, a curar cuando se puede, a sanar o a facilitar la dignidad del paciente cuando llegue su fin. Yo no quiero hacer daño a nadie, no quiero participar activamente en la muerte de ningún ser humano, nacido o no.

No quiero nunca tener que participar en una eutanasia activa, participar en una ejecución legal de una pena capital en un país donde esto siga ocurriendo, ni quiero cooperar en ningún suicidio a costa de mi bata blanca tampoco quiero facilitar un aborto. Simplemente no quiero tener que hacer daño a nadie, ni siquiera cuando esto beneficie a terceros.

Esto no me hace peor ni mejor médico, ni mejor o peor persona, pero en cualquier profesión uno debe poder mirarse al espejo por la mañana y saber que vive según sus convicciones. La Medicina no es distinta, pero sí mucho más compleja. Marcar la línea entre los derechos y los deberes de un profesional sanitario no es fácil.

La objeción de conciencia no es otra cosa que una forma de expresión de la libertad y debe ser parte crucial del ejercicio médico. En cualquier sistema no totalitario, los derechos del paciente no pueden entrar en conflicto con los del médico y debe haber un sistema que lo facilite. El vacío legal en el que nos encontramos es un verdadero abismo.

Mi opinión personal sobre el aborto o la eutanasia no tocan el blanco o el negro sino que caminan por una escala de grises. Encuentro casi imposible decir sí o no de forma rotunda. Sin embargo, mi opinión como médico es mucho más clara, mas fácil, sigo mi principio de 'no hacer daño' y llego a una sola e inamovible conclusión: me declaro objetora de conciencia.

La nueva ley del aborto entrada en vigor hace unos días no es del todo insensible a la objeción de conciencia y especifica que "los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán derecho a ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial sean menoscabadas". Sin embargo, deja desamparados a todos aquellos que podríamos vernos relacionados de forma indirecta.

Algunos colegios de médicos están creando registros de objetores de conciencia, apoyados por la Organización Médica Colegial que se está mostrando muy activa a favor de la creación de un marco legal.

Quizás incluso ha llegado el momento de crear una profesión independiente de la Medicina actual, que permita de forma segura facilitar, por ejemplo, el derecho al aborto para aquellos que lo quieran y proveer un marco legal y sanitario totalmente independiente al de los médicos. Que se quite ese enorme peso de nuestras espaldas para poder concentrarnos en el trabajo para el que

nos hemos formado. Saber anatomía, fisiología o métodos quirúrgicos nos convierte en los instrumentos más fáciles para este tipo de procedimientos, pero no necesariamente en los más adecuados.

Yo respeto a quien quiera abortar así como a los médicos que deseen practicar abortos y lo mismo con la eutanasia. Yo no soy quien para opinar ni juzgar lo que cada uno hace con su vida o con su espejo de por la mañana, pero sí pido que se me respete y se me ampare a practicar la Medicina en la que creo fervientemente, la Medicina de la que decidí a los seis años sentirme orgullosa

## **5.- El aborto es la primera causa por la que objetan los facultativos de Madrid**

La práctica del aborto es la primera causa por la que objetan los médicos de Madrid, pero no el único, pues hay facultativos que se han declarado objetores a otras prácticas sanitarias que consideran eutanasia. El registro de objetores de conciencia del Colegio de Médicos de Madrid tiene inscritos 56 médicos, según señaló la institución.

DM, Redacción - Viernes, 16 de Julio de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

El colegio ha explicado que el registro de objeción de conciencia del Colegio de Médicos de Madrid, que fue creado en 2006 por la Comisión Deontológica del colegio, garantiza la confidencialidad de los profesionales registrados con el objetivo de asegurar a los médicos la regulación del derecho de objeción por razones de conciencia ante determinadas prácticas clínicas, como está contemplado en la deontología médica.

Para inscribirse en este registro es necesario enviar una carta firmada a la Comisión Deontológica haciendo constar nombre y apellidos, número de colegiado, y práctica o prácticas de las que objeta. Fuentes del órgano colegial han señalado a Diario Médico que la práctica del aborto es el primer motivo por el que se objeta, pero no es el único, pues también existen facultativos en el registro que han declarado su objeción a prácticas sanitarias que consideran eutanasia.

### **La OMC**

Sobre el registro de objetores y el debate abierto entre los colegios de médicos relacionado con la conveniencia de contar con este registro, el Colegio de Madrid ha recordado que la OMC está preparando un informe sobre esta cuestión que tiene previsto presentar después del verano. Javier Fernández-Lasquetty, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, señaló que en la sanidad pública madrileña "la mayoría de los profesionales, por no decir la práctica totalidad con excepciones, se niegan a hacer abortos". No obstante, no precisó la cifra exacta.

## **6.- La epidemia de VIH, una emergencia congelada por la crisis económica**

Médicos Sin Fronteras (MSF) ha hecho público un informe en el que analiza cómo los recortes presupuestarios, iniciados por los grandes financiadores internacionales para la lucha contra el VIH, tendrán consecuencias devastadoras en ocho países de África subsahariana, donde la epidemia de la infección sigue siendo una emergencia a la orden del día.

DM, Isabel Gallardo Ponce - Lunes, 19 de Julio de 2010.

Con motivo de la Conferencia Internacional del Sida, que comenzó ayer en Viena, Médicos Sin Fronteras (MSF) ha presentado el informe No es momento de rendirse: crisis en la financiación de la lucha contra el sida en África, basándose en un estudio que ha realizado en Malawi, Mozambique, Zimbabue, Sudáfrica, Lesoto, Kenia, Uganda y República Democrática del Congo (RDC), donde la ONG dispensa atención y tratamiento para el VIH.

Las conclusiones del informe no auguran un buen futuro para los millones de personas infectadas por el virus en los países en desarrollo, ya que los estados y entidades financiadoras están abandonando sus compromisos para la lucha contra la epidemia.

Según Paula Farias, presidente de MSF España, esto está ocurriendo en un momento en el que la Organización Mundial de la Salud ha establecido unos nuevos protocolos para comenzar el tratamiento de manera precoz cuando los niveles de CD4 son más elevados. "Así los estándares de los países con pocos recursos se acercan a los desarrollados. A finales de 2008 había 4 millones de personas en terapia con antirretrovirales, más o menos la mitad de los que necesitaban tratamiento urgente para sobrevivir". Los nuevos protocolos elevan las cifras de personas que no reciben tratamiento, y que deberían hacerlo inmediatamente, a 9 millones.

Los principales patrocinadores de la lucha contra el sida -que ha sido lenta pero que está avanzando de forma muy positiva- están congelando sus aportaciones, retirándolas de algunos ámbitos, como la financiación de fármacos, y reduciéndolas de forma indirecta al ampliar las tareas destinadas a esos fondos. "Es el equivalente a decir que se trata de una condena a muerte para millones de personas. Volvemos al viejo discurso de que es imposible tratar el sida en países con pocos recursos. Antes lo imposible estaba impregnado de lo inviable, porque se hacía hincapié en los problemas estructurales y en los sistemas sanitarios precarios. Se demostró que no era así. Pero ahora el imposible se está impregnando de la idea de no costeable. Al final, se pretende mejorar la eficiencia sin mejorar los recursos, lo cual no deja de ser un contrasentido".

### **Consecuencias**

Los esfuerzos comunes en la lucha contra el VIH, aunque el acceso al tratamiento aún no fuera universal, habían conseguido avances notables, como una reducción de la mortalidad y del número de huérfanos, y una mejora de la calidad de vida. "También se ha reducido la incidencia de infecciones asociadas, las nuevas infecciones y la transmisión vertical", dice Ana

Zaratiegui, coordinadora médica de MSF. Al reducirse el número de enfermos graves también lo ha hecho la carga de trabajo en centros sanitarios, con lo que ha mejorado la calidad y la atención en otros servicios. En la misma línea, la mejora en la salud de la población ha influido positivamente en la economía.

"Si se reduce la financiación, también lo hará la posibilidad de acceder al tratamiento para nuevos diagnósticos, con lo cual empeorará su situación, se sobrecargarán los centros sanitarios y aumentará la mortalidad, los huérfanos... Los pacientes que ya están en tratamiento sufrirán las rupturas de stock, se verán obligados a cambiar de tratamiento", y se les proveerá de terapia para unos días en vez de para unos meses, lo que complicará el acceso. Por otro lado, los cambios en los tratamientos producirán un riesgo mayor de fracaso de la terapia y de aparición de resistencias, y remontarán las patologías oportunistas .

"Las reducciones de tratamiento son una consecuencia de la financiación. Pero no es en abstracto: Pefarc, por ejemplo, ha dado instrucciones claras a sus contrapartes en terreno para no incluir a nuevos pacientes en las cohortes a menos que haya una baja. Al conocer estos recortes, los pacientes reducen sus dosis, o las comparten, reaccionando al temor de quedarse sin terapia".

#### ALGUNOS RECORTES DE FINANCIACIÓN

En el África subsahariana viven dos tercios de las personas con VIH. La prevalencia en algunas zonas ha superado el 20 por ciento, y el acceso a los tratamientos depende en un 75 por ciento de la financiación externa. Desde 2009 se han estancado las aportaciones de los principales donantes del Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Además, han anunciado recortes en sus aportaciones los Países Bajos, Irlanda y Estados Unidos -va con retraso en el ingreso de las ya prometidas-, junto a Francia e Italia. En el periodo 2009-2010 las contribuciones del fondo de subvenciones nacionales se redujeron entre un 8 y un 12 por ciento. Se ha congelado la financiación del Plan Presidencial de Emergencia de Respuesta al Sida (Pepfar). Los programas del Banco Mundial de antirretrovirales no tienen continuidad y planean desarrollar la capacidad de planificación y gestión de los sistemas sanitarios. La Unitaid/Clinton Health Access Initiative está suprimiendo la financiación de fármacos e insumos para VIH. En 2012 pondrá fin a la compra de antirretrovirales de segunda línea y de insumos médicos pediátricos en Zimbabue, Mozambique, RDC y Malawi.

## **7.- La ONU incluye el acceso al agua como un derecho humano**

El agua es un bien escaso en gran parte del planeta.

\* La resolución también califica como derecho el acceso a servicios sanitarios

\* Entre los países que se abstuvieron en la votación estuvo Estados Unidos  
El Mundo, 28 julio 2010.Efe | Naciones Unidas

La Asamblea General de la ONU adoptó una resolución presentada por Bolivia que reconoce el agua potable como "un derecho humano básico" e insta a que se garantice su disfrute a los 884 millones de personas que carecen de acceso a ese elemento esencial para la vida.

La propuesta recibió el respaldo de 122 países, mientras que ninguno votó en contra, aunque se registraron 41 abstenciones.

La resolución también declara que el acceso a servicios sanitarios básicos es un derecho, ya que la contaminación del agua con materia fecal es una de las principales causas de mortalidad en los países más pobres del planeta.

Un derecho, una solución

Más de 2.600 millones de personas carecen de instalaciones sanitarias adecuadas, como retretes, lo que contribuye a que 1,5 millones de niños mueran cada año a causa de enfermedades relacionadas con la falta de salubridad, según apunta la resolución.

"Tenemos que mandar un mensaje claro al mundo de que el acceso al agua potable y al saneamiento son un derecho básico y que hay que hacer todo lo posible para que sean una realidad", dijo en la presentación el embajador de Bolivia ante la ONU, Pablo Solón.

El diplomático recordó que la resolución también insta a todos los países y las organizaciones internacionales a proporcionar los recursos financieros y las transferencias de tecnología necesarias para proporcionar un acceso universal "económico" al agua potable y el saneamiento.

Una promoción 'justa y equitativa'

Además, resalta la responsabilidad de los Estados de promover y proteger todos los derechos humanos "de manera justa y equitativa", para que todos reciban la misma atención.

"El derecho al agua potable y el saneamiento son derechos humanos independientes y como tales debemos reconocerlos, así que instamos a los Estados a cumplir con sus obligaciones", agregó el embajador.

Delegaciones como la de Estados Unidos, que se abstuvo en la votación, señalaron que su posición se debe a que temen que la propuesta boliviana puede afectar a los trabajos que en esta misma materia se llevan a cabo en Ginebra, en el seno del Consejo de Derechos Humanos de la ONU. "Esta resolución intenta ser un atajo y por eso Estados Unidos se abstiene", explicó la delegación de ese país.

Asimismo, otros Estados lamentaron que los promotores de la resolución no tuvieran suficientemente en cuenta las opiniones de otras delegaciones, con lo que se podría haber logrado un mayor apoyo al texto.

## **8.- La seguridad de la información sanitaria**

El avance de la ciencia y la tecnología no tiene que ir en contra de la seguridad de las personas. Esto es lo que debe conjugarse en las tecnologías de la información y de la comunicación. Y se puede.

DM, JORGE URIOS. Presidente de VaniOs - Miércoles, 28 de Julio de 2010.

Pocos datos hay más confidenciales sobre una persona que los referentes a su salud. Esto hace que este tipo de datos deban ser custodiados con los máximos niveles de seguridad y que su acceso deba restringirse a las personas estrictamente necesarias, algo que en muchas ocasiones no ocurre.

\* El acceso a los datos referentes a la salud de un ciudadano debe estar restringido a las personas estrictamente necesarias. Sin embargo, muy de vez en cuando esta premisa no se está cumpliendo

Nos encontramos en un momento en que los hospitales y centros sanitarios están prescindiendo del papel cada vez más y almacenando los datos de los pacientes en formatos electrónicos. Las carpetas y los sobres con radiografías están dando paso a las bases de datos, los intercambios electrónicos y los repositorios de imágenes.

Esta migración está suponiendo un importante desafío, no sólo para los profesionales sanitarios, sino también para los responsables de tecnologías de la información en hospitales y centros sanitarios, que han de preocuparse muy especialmente por la seguridad de la información.

Uno de los aspectos muchas veces más descuidados de esta seguridad es la autenticación, es decir, la verificación de la identidad de los usuarios que acceden. En muchas ocasiones la autenticación en los sistemas se realiza mediante usuarios y contraseñas que en más de una ocasión son compartidos por distintos usuarios.

\* En muchas ocasiones la autenticación en los sistemas se lleva a cabo mediante usuarios y contraseñas que en más de una ocasión son compartidos por diferentes usuarios

Puede que hasta entonces la seguridad fuera suficiente, pero ahora que se puede tener acceso a toda la información relativa a los pacientes, estos mecanismos de seguridad empiezan a no ser adecuados. Pensemos por ejemplo que desde un puesto de enfermería de una planta se puede tener acceso a la información de los pacientes. Las enfermeras van y vienen, y en muchas ocasiones sus estaciones de trabajo permanecen desbloqueadas y a la vista de cualquiera. Pensemos también en los ordenadores presentes en los servicios de urgencias, con gente moviéndose constantemente de un lado a otro. En la mayoría de las ocasiones la seguridad queda supeditada a la necesidad del uso rápido del equipo, lo que está generando situaciones potencialmente peligrosas.

En el mercado encontramos diversas soluciones -algunas de ellas menos conocidas- que permiten alcanzar un buen nivel de seguridad, pero manteniendo una gran usabilidad y eficiencia. Es cierto que en los entornos hospitalarios no nos podemos permitir implantar sistemas que, si bien aumenten el nivel de seguridad, reduzcan la viabilidad del uso de los equipos, ya que los profesionales sanitarios se pondrán inmediatamente en contra.

Opciones

Entre las soluciones que encontramos en el mercado, algunas de las más novedosas son las que están basadas en tarjetas de radiofrecuencia. Dichas soluciones se basan en que el usuario pase su tarjeta por un lector conectado al ordenador, lo que le permite iniciar o desbloquear la sesión de manera automática, o que introduzca un número PIN. Este sistema aúna un alto nivel de seguridad con la comodidad en la automatización del login. Al no tener que introducir la tarjeta en un lector, puede utilizarse la identificación que se lleva habitualmente, sin molestias para los usuarios.

Una variante muy curiosa son los sistemas basados en bluetooth, que realizan el login de manera automática cuando el usuario se coloca a una distancia mínima del ordenador, sin necesidad de intervención del usuario.

Otra solución interesante es la biometría, es decir, la identificación de los usuarios mediante sus rasgos físicos. Es especialmente adecuada para el ámbito sanitario porque el login es automático y consigue un nivel de seguridad muy alto. En el mercado hay soluciones basadas en biometría de la huella digital y de las venas de la mano.

En conclusión, la seguridad del acceso a la información médica es algo que hay que tener muy en cuenta en los centros sanitarios. En el mercado existen multitud de soluciones que permiten aumentar la seguridad y no sólo no reducir sino incrementar la usabilidad y la comodidad de los usuarios, que no han de preocuparse de recordar usuarios ni contraseñas.

## **9.- La OMC dice que la objeción sólo puede ejercerse por quien esté directamente implicado en su realización**

La Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC) ha precisado en un comunicado que la objeción de conciencia, tal como viene contemplada en la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, sólo puede ser admitida en aquellas acciones directas necesarias para su realización y, por tanto, no debe trasladarse a actuaciones previas indirectas, pues podría convertirse en una obstrucción a un derecho contemplado en la legislación vigente.

DM, Redacción - Miércoles, 28 de Julio de 2010.

La entidad colegial recuerda la declaración sobre objeción de conciencia acordada por la Comisión Central de Deontología. La comisión, presidida por Marcos Gómez Sancho, aclara que este derecho constituye una "negativa individual a someterse, por razones de conciencia, a un acto médico que, en principio, sería legalmente exigible". La objeción no está regulada expresamente, salvo para el servicio militar (artículo 30.2 de la Constitución Española), pero sí hay jurisprudencia sobre su ejercicio por parte de los médicos.

### **El Constitucional**

El Tribunal Constitucional reconoce que la objeción de conciencia "existe y puede ser ejercicio con independencia de que se haya dictado tal regulación". La falta de expresión legal de este derecho no impide, a juicio de la OMC, reconocer que "se trata de un derecho individual, autónomo y fundamental y como una manifestación genérica del derecho a la libertad de conciencia de los individuos".

La Comisión Deontológica recuerda que el profesional "puede y debe negarse a realizar prácticas médicas que vayan en contra de los dictados de su conciencia". En cualquier caso, aclara que su ejercicio "no puede nunca significar una discriminación de las personas, es decir, el médico puede negarse a una actuación porque le signifique un grave problema moral, pero nunca por unas determinadas características del paciente como la edad, raza, ideología, religión y otras similares".

La objeción debe ser comunicada a los responsables de la institución para la que trabaja y la OMC reprocha la conducta en la que un médico se declare objetor en la institución en la que trabaja como asalariado y practique abortos cuando trabaja por cuenta propia.

Sindicato de Málaga

Por otro lado, el Sindicato Médico de Málaga ha salido en defensa del derecho de objeción de los médicos después de que la Consejería de Salud de Andalucía declarara inválido el registro de objetores que anunció el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (ver DM del 21- 22-VII-2010).

El sindicato aclara que "nadie puede disponer de la conciencia moral de sus semejantes y, en consecuencia, todos los médicos están en su derecho de negarse a colaborar tanto directa como indirectamente en un asunto que su conciencia rechaza". Además, recuerda que en ninguna facultad de Medicina se enseña a los profesionales a quitar la vida a nadie y que la objeción de conciencia ante esto es inviolable.

Por último, el sindicato anuncia que emprenderá acciones legales si los médicos ven obstaculizado el ejercicio de este derecho.

## **10.- "Los criterios éticos de la OMC para los cargos colegiales deberían ir más allá"**

El presidente del Colegio de Médicos de Salamanca, Manuel Gómez Benito, ha aprovechado las declaraciones de Miquel Vilardell, su homónimo en Barcelona, sobre los criterios éticos para los cargos colegiales aprobados por la OMC, para señalar que "no deberían quedarse sólo en algunos puestos colegiales, como ha sucedido en la Permanente de la propia OMC, sino que deberían ir más allá".

DM, Redacción - Viernes, 30 de Julio de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Gómez Benito ha recordado que en la Asamblea de la OMC se votó un informe de la Deontológica en el que se recomendaba la incompatibilidad de todos los cargos colegiales con otros puestos en entidades de previsión y sindicatos. "Cayó como una bomba y se rechazó un documento que, en palabras del hoy vicepresidente de la OMC, Ricard Gutiérrez, era impecable".

El presidente de Salamanca ha celebrado que Vilardell haya abandonado el Consejo de Administración del ICS desde que es presidente del colegio, y que haya anunciado que hará lo mismo en Mutual Médica: "Predicar con el ejemplo y abstenerse de compatibilizar puestos en empresas de protección social, aseguradoras y sindicatos es la única manera de que se crea en la independencia de un presidente y que los colegiados crean en sus corporaciones".

Gómez Benito ha confesado que hace unos meses tuvo una oferta de una mutua de previsión social para ocupar un cargo, "pero lo rechacé porque así entiendo la presidencia de un colegio y así consta en los estatutos de mi corporación".